In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

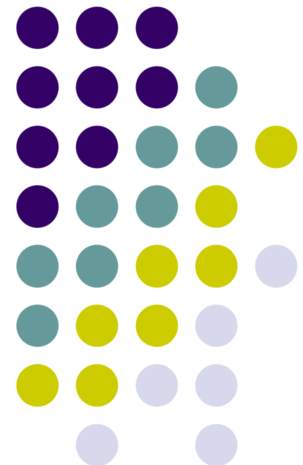
"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.







CAT DEVANT UNE ASCITE

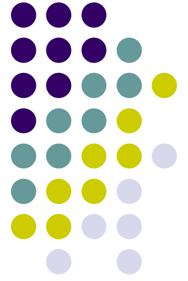


Dr K. AMALOU

Service d'hépato-gastroentérologie

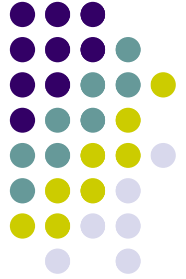
Hôpital Central de l'Armée

30/01/17



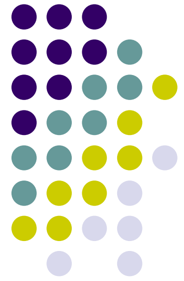
PLAN

- DEFINIR
- RECONNAÎTRE
- ELIMINER CE QUI N'EST PAS ASCITE
- RATTACHER A UNE CAUSE
- PRISE EN CHARGE



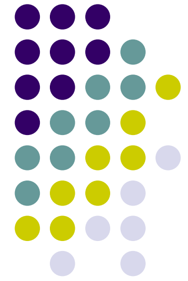
DEFINITION (1)

- Épanchement liquidien dans la cavité péritonéale provenant d'une transsudation ou d'une exsudation à travers la séreuse péritonéale
- 2 situations: -Ascite symptôme (maladie generale)
  -ascite isolée (ascite maladie)
- Diagnostic positif facile (clinique++)
- Diagnostic étiologique difficile (épanchements de natures et de causes diverses).
- La conduite à tenir thérapeutique est dictée par l'étiologie.



DEFINITION (2)

- **Épanchement**: présence de liquide ou de gaz dans une partie du corps qui n'en renferme pas
- **transsudation**: (trans, hors;sudare,suer) suintement d'un liquide au niveau d'une surface non enflammée et obéissant seulement à des lois mécaniques; résulte d'un déséquilibre entre p hydrostatique et p oncotique
- **Exsudat**: suintement d'un liquide serofibrineux à travers une muqueuse enflammée

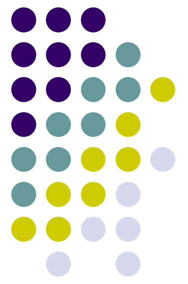


Diagnostic positif

- ***CAS FACILES: Ascite de grande ou de moyenne abondance: Début:***

- Le début ne préjuge pas de l'étiologie
- Insidieux le plus souvent, sauf si thrombose porte sur cirrhose ou thrombose des veines sus-hépatiques rapide
- Savoir dépister le début d'une ascite

- Peut simuler un syndrome péritonéal, avec douleur vive, abdomen météorisé (diagnostic différentiel avec OIA et péritonite par perforation).



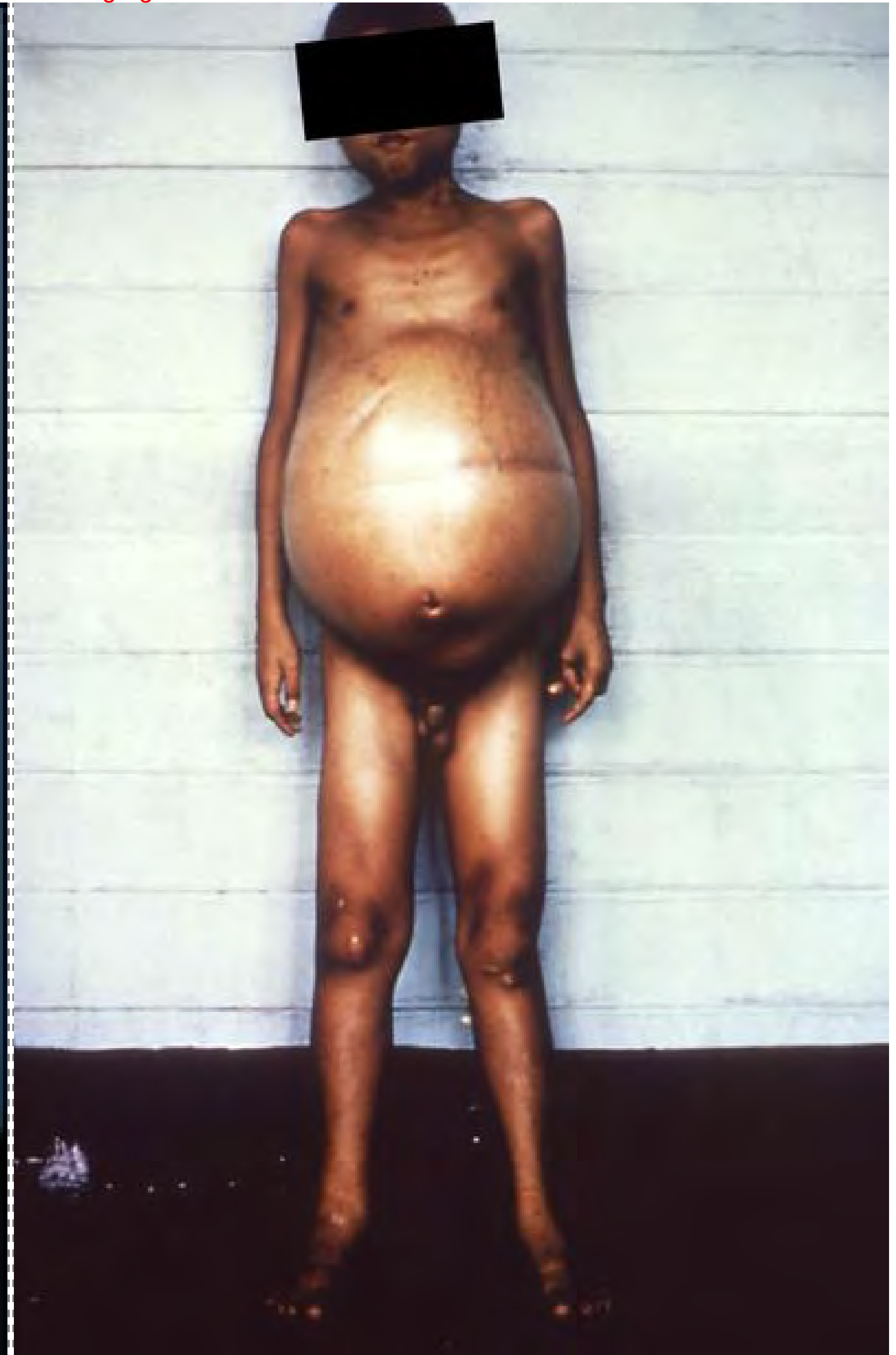
Diagnostic positif

- ***CAS FACILES*: Ascite de grande ou de moyenne abondance: état:**

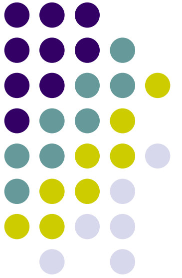
- ↑ du périmètre abdominal (peau tendue et lisse, ombilic déplissé, abdomen étalé en "batracien" en DD, extériorisation d'une hernie ombilicale ou inguinale).
- Matité déclive, hydrique, à limite supérieure concave vers le haut, mobile.
- Signe du flot/Signe du glaçon.
- CDS rénitents et bombés.

Sur: www.la-faculte.net Espace E-learning pour apprentissage gratuit online Pour utilisation Non-lucrative

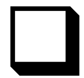




facadm16@gmail.com Participez à "Q&R rapide" pour mieux préparer vos examens 2017/2018

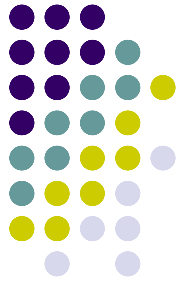


Diagnostic positif



Cas difficiles:

- Ascite de petite abondance
- Ascite cloisonnée :matité en damier
- Pannicule adipeux
- Masse+ascite



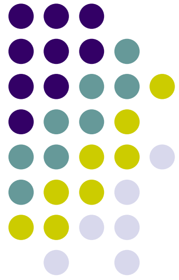
Diagnostic différentiel

1/Éliminer ce qui n'est pas épanchement liquidien

- Grossesse
- Globe vésical
- Kyste ovarien ,kyste du mésentère
- Météorisme
- Obésité

2/Éliminer ce qui n'est pas épanchement ascitique

- Hemoperitoine
- Choleperitoine
- hydatidoperitoine



DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Interrogatoire et examen physique+++++

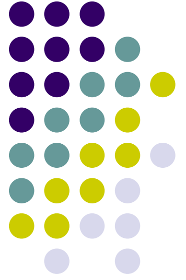


Orientation diagnostique

INTERROGATOIRE:

Rechercher arguments en faveur de:
-contage tuberculeux
-contage viral
-toxiques(médicaments, alcool, amiante)

Diagnostic étiologique



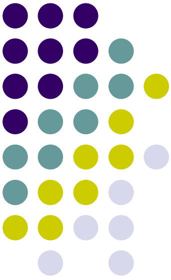
❑ EXAMEN PHYSIQUE

•Signes d'hepatopathie chronique(signes d'insuffisance hépatocellulaire, ou d'hypertension portale).

•Signes d'insuffisance cardiaque droite.

•Signes de maladie tumorale: occlusion;nodules tumoraux palpables dans l'abdomen, tumeur rectale, foie tumoral ,ganglion de Troisier.

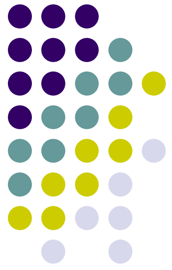
•Signes d'anasarque,de syndrome nephrotique,de pancreathopathie.



Diagnostic étiologique

Ponction et étude du liquide d'ascite

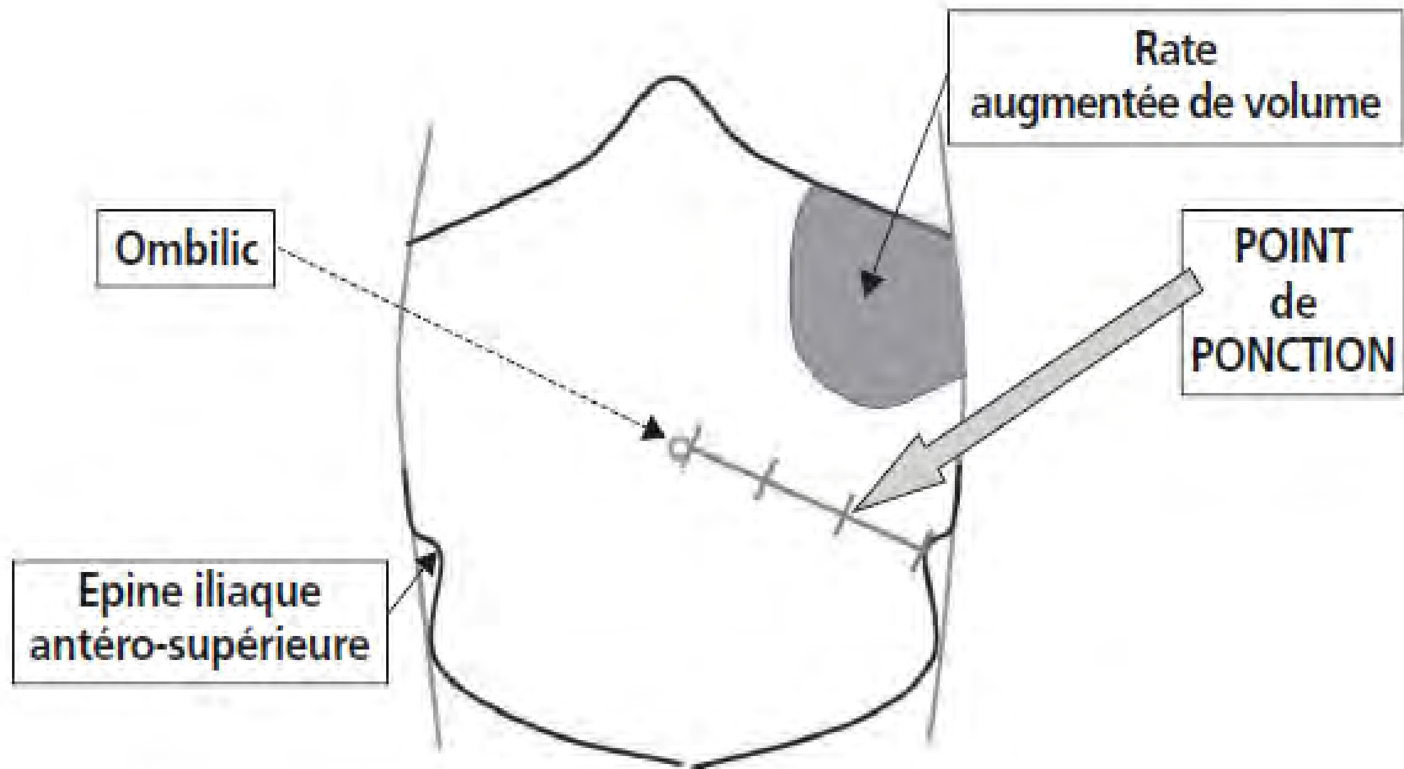
- Étape fondamentale de la démarche diagnostique
- ***Exploratrice; thérapeutique.***
- Aspect macroscopique du liquide:jaune citrin, hémorragique;lactescent ,purulent



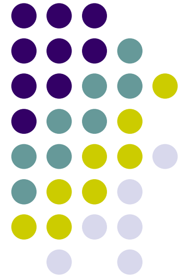
Diagnostic étiologique

Ponction et étude du liquide d'ascite

Technique:

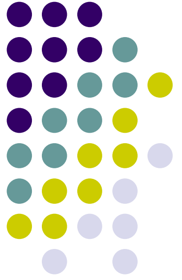


Étude du liquide d'ascite



- **Étude chimique**: -Taux de protides:
  <25g/l = transsudat
  >25g/l = exsudat
  -Selon le contexte: amylase, LDH, triglycérides, autres marqueurs
- **Étude cytologique**: leucocytes+ PNN,Hématies,cellules mesotheliales: Infection si PN > 250/mm
- **Étude bactériologique**: examen direct et après culture
- **Examen histologique**: recherche de cellules malignes

Explorations para cliniques

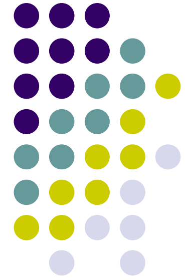


- **Échographie abdominale**: foie et ses vaisseaux
  Organes intra abdominaux

- **AUTRES EXAMENS**: selon la clinique(à visée cardiovasculaire, rénale, pancréatique, ovarienne)

- **TDM**: exploration du pelvis, carcinose péritonéale

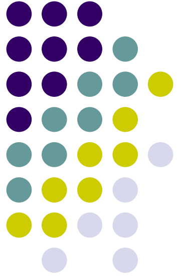
- **LAPAROSCOPIE**: diagnostic des ascites tuberculeuses et néoplasiques
  - Examen de la cavité péritonéale+BIOPSIES
  - CI:troubles de l'hémostase,ascite cloisonnée insuffisance cardiorespiratoire



ETIOLOGIES

3 situations:

- Cause évidente: cardiaque,rénal,hépatique
- Ascite isolée → laparoscopie
- Ascite dont la cause est à rechercher



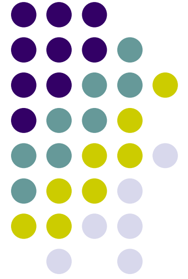
ETIOLOGIES

On peut classer les ascites selon la cause en:

- Ascites dues à une maladie du péritoine
- Ascites indépendantes d'une maladie péritonéale

Ou selon la chimie du liquide d'ascite:

- Ascites transsudat ives
- Ascites exsudatives



ETIOLOGIES

- ***Transsudat :*** du à un déséquilibre entre p oncotique et p hydrostatique

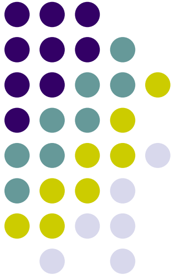
↑ p hydrostatique (insuffisance cardiaque,cirrhose)

↓ P oncotique(Sd nephrotique,cirrhose)

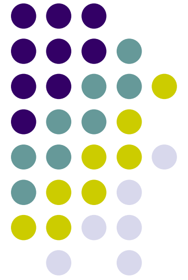
- ***Exsudat :*** Maladie du péritoine (inflammation, néoplasie)

  Exsudation à travers les vaisseaux lymphatiques entero-mesenteriques dilates par une obstruction (lymphomes)ou une hyperpression (cirrhose)

ASCITES TRANSUDATIVES

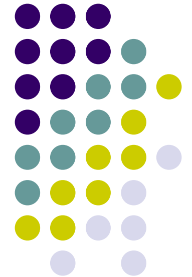


- HTP:CIRRHOSE
- INSUFFISANCE CARDIAQUE
- HYPOALBUMINEMIES
- CAUSES OVARIENNES

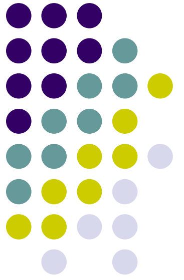


ASCITES EXUDATIVES

- TUBERCULOSE PERITONEALE
- CAUSES TUMORALES
- CAUSES PANCREATIQUES
- MYXOEDEME
- ASCITE CHYLEUSE



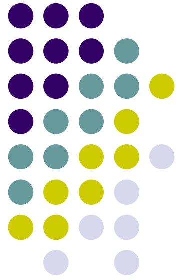
ASCITES TRANSUDATIVES



Cirrhose

- Cause la plus fréquente d'ascite
- Mode d'installation: progressif ou brutal (déclenchée par hémorragie, chirurgie, infection)
- Ascite libre, abondante
- Signes d'insuffisance hépatocellulaire,signes d'HTP)
- Liquide jaune citrin,transsudat,pauci cellulaire
  Si hémorragique:CHC ou troubles de la coagulation
  Si exsudat: infection,ou carcinome hépatocellulaire

Infection du liquide d'ascite



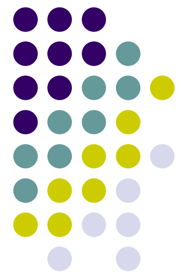
- ***Grave***

Favorisée par un taux de protides < 10g/l dans liquide
Évoquée devant : fièvre, douleurs abdominales, diarrhée,
Vomissements, encéphalopathie hépatique

- ***Liquide:*** Louche, purulent
  Taux de protides variable; pn > 250/mm
  Bactériologie:examen direct et ascicultures: germes BGN

- ***Traitement précoce*** : fluoroquinolones
  acide clavulinique, amoxicilline
  Puis adapter en fonction de l'antibiogramme

- ***Prevention*** si taux de protides < 10g/l norfloxacine 400mg/j



Trt de l'ascite du cirrhotique

- **But:** Assécher l'ascite en obtenant une perte de poids de 500g/j.

- **MOYENS:**

Règles hygiéno-diététiques: repos au lit, régime hyposodé

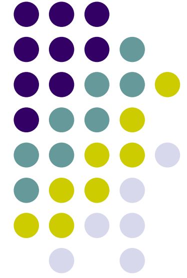
Diurétiques: distaux : spirinolactone cp 75-100mg
proximaux : furosémide cp 40mg

Paracentèses massives jusqua 5litres (sous perfusion d'albumine)

Shunts peritoneo-jugulaire

TIPS

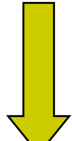
Transplantation hépatique



RHD 1ere semaine



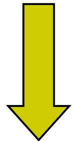
Aldactone 1cp 100mg 2eme semaine



Si échec augmenter jusqu'à 400mg/j+furosemide 40à160mg



Ponctions évacuatrices

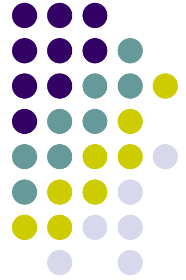


TIPS



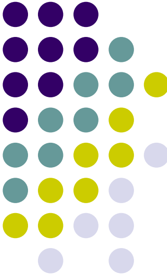
Transplantation hépatique

Sd de Budd Chiari



- Ensemble des manifestations secondaires à un obstacle à l'écoulement du flux sanguin sus hépatique

- HPMG douloureuse
- Ascite abondante
- Liquide: tx de protides : 20 à 40g/l



Maladies cardiaques

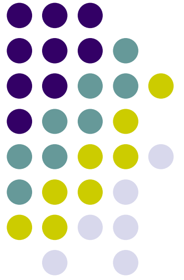
- Insuffisance cardiaque droite
- Péricardite constrictive

- Hépatalgies d'éffort, turgescence des jugulaires, reflux hepato jugulaire, HPM douloureuse

- Liquide pauci cellulaire,
  Tx de protides entre 20 et 40mg

- Telethorax, ECG, Echocardio

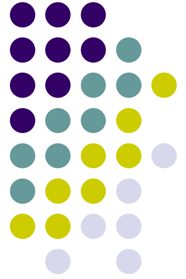
Anasarques



- Compliquent une hypoalbuminemie
- Malnutrition sévère
- Entéropathie exsudative
- Sd nephrotique :anasarque avec oedemes proximaux(mains ,visage)

- liquide jaune citrin, transsudat

- albuminémie < 30g/l avec protéinurie> 3g/24h



Causes ovariennes

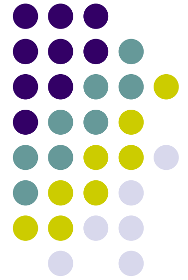
- ***Sd de Démons Meigs:***

- Tumeur bénigne de l'ovaire
- Épanchement pleural
- Épanchement péritonéal

} transsudat

Ablation de la tumeur fait disparaître l'ascite

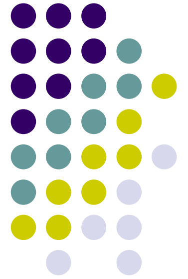
Sd d'hyperstimulation ovarienne



ASCITES EXUDATIVES

Tuberculose péritonéale:

- Terrain: - jeune fille ou jeune femme
  - Notion de contage
- Signes d'imprégnation tuberculeuse
- Ascite isolée: sans signes d'HTP, ni IH cellulaire, ni tumeur abdominale.
- Biologie: - IDR à la tuberculine (+)
  - Ponction: * liquide exsudatif, riche en albumine 30g/l
    * Riche en cellules > 1000/m3 70% lymph
    * ADA: adénosine désaminase (+) spécifique.
  - Bacterio: BK non retrouvé à l'examen direct: pauci bacillaire
    - ✓ Culture sur milieu de lowenstein



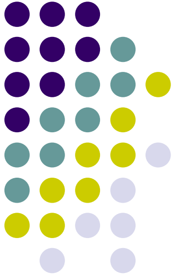
Tuberculose péritonéale:

LAPAROSCOPIE: +++

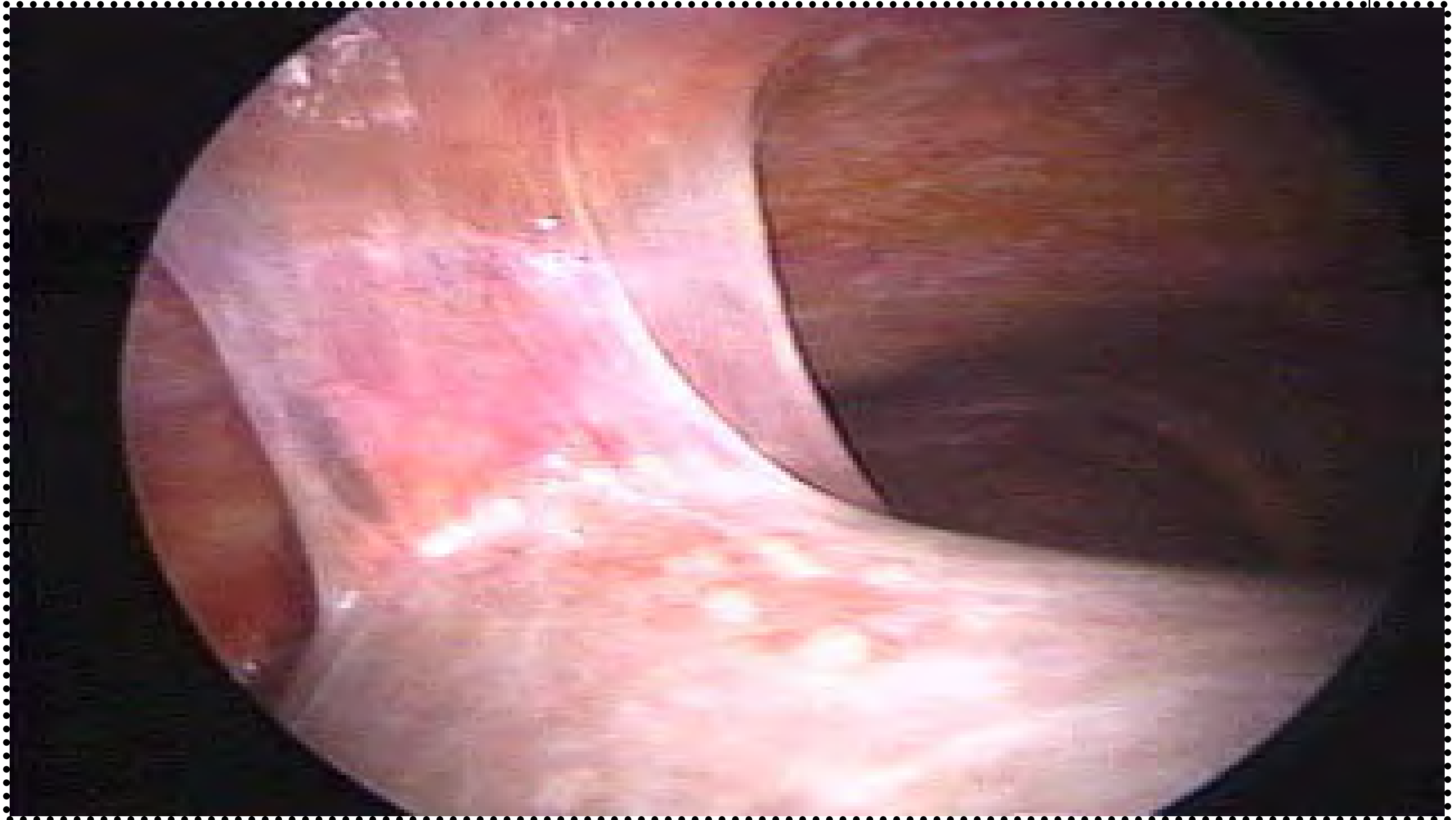
- Inflammation diffuse du péritoine
- Granulations blanchâtres, petites parfois confluentes sur les 02 feuillets péritonéaux
- Adhérence entre les 02 feuillets péritonéaux

Bx: follicule de koester.

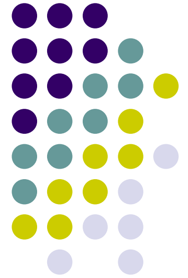
TRAITEMENT: schéma national anti tuberculeux RHZ / RH



Tuberculose péritonéale:



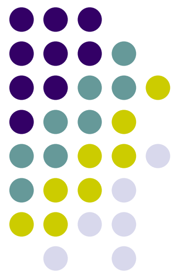
TUMEURS DU PERITOINE



- **PRIMITIVES: mesothelium primitif du péritoine**

- **SECONDAIRES: carcinose péritonéale**

Carcinose péritonéale secondaire:



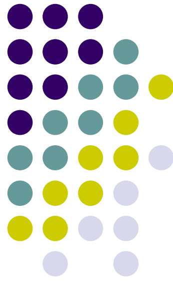
- Cause la plus fréquente d'ascite d'origine péritonéale

- le Cancer IF est: digestif, ovarien.

- 02 cas de figures:
  - Kc If, connu
  - Carcinose révélatrice de la tumeur primitive

- Clinique: - Ascite, douleurs abdominales, , nausées, VMS,
  - syndrome occlusif
  - AEG.
- Ascite <u>intarissable</u>: qui se reconstitue rapidement

Carcinose péritonéale secondaire:

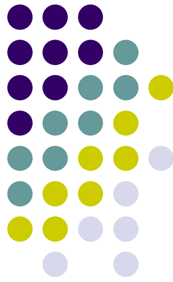


- Ponction: liquide exsudatif, Cellules cancéreuses parfois retrouvées.

- DC facile si
  - Kc déjà connu
  - Cellules tumorales dans le liquide d'ascite

- Sinon : la laparoscopie avec biopsies permet de faire le DC

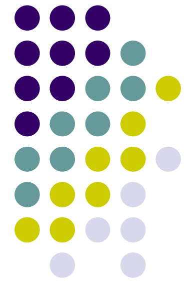
- TRT: * symptomatique: ponctions
  * Chimio thérapie, chimio hyperthermie locale



MESOTHELIUM PRIMITIF DU PÉRITOINE:

- Tumeur développée au dépend des éléments épithéliaux et mésenchymateux du Mesothelium
- Associé à un mesothelium pleural 50% des cas.
- Clinique:Ascite récidivante

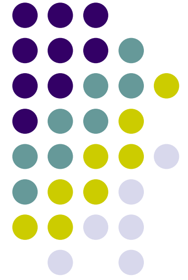
  Masses abdominales ou pelviennes
- Ponction d'ascite:
  - ✓liquide citrin, éxsudatif
  - ✓Présence de cellule mesotheliales malignes
  - ✓ LDH ascite/ LDH sang >1
  - ✓ Acide hyaluronique.
- Laparoscopie: nodules et plaques disséminées sur les surfaces péritonéales
- TRT: chimiothérapie

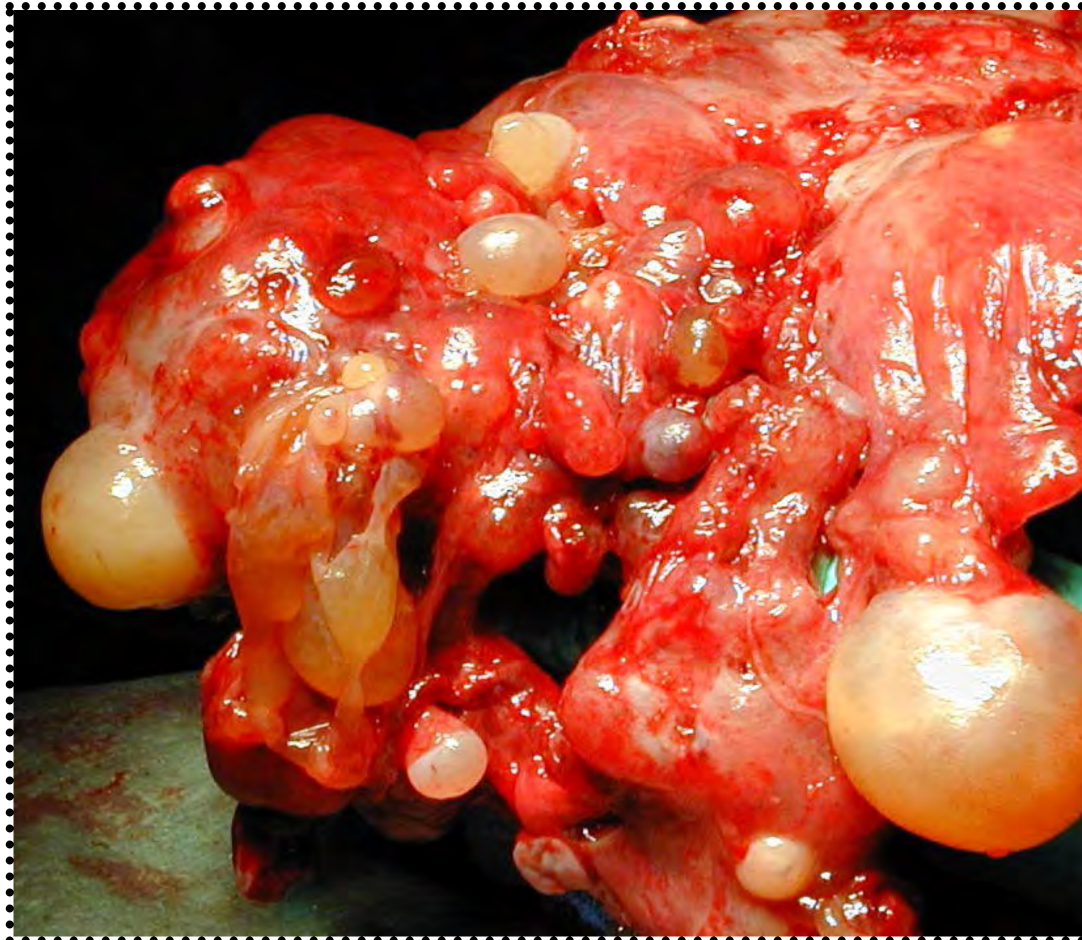


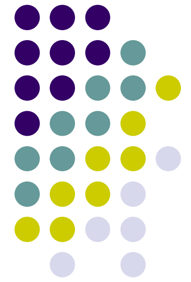
MESOTHELIUM PRIMITIF DU PÉRITOINE



MESOTHELIUM PRIMITIF DU PÉRITOINE



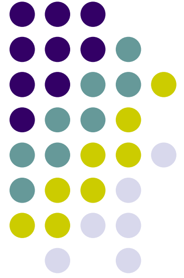




MESOTHELIUM PRIMITIF DU PÉRITOINE



ASCITE D'ORIGINE PANCRÉATIQUE :



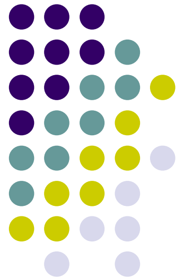
- Dans les pancréatites chroniques, en rapport avec la rupture d'un faux kyste du pancréas ou d'un canal excréteur

- Évoquée devant:
  - ✓Douleurs pancréatiques, diarrhée
  - ✓Amaigrissement
  - ✓Diabète, steatorrhée

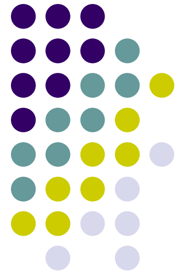
- Liquide exsudatif, riche en protides et en amylase

- Echo – TDM

Ascite myxœdémateuse: *HYPOTHYROIDIE*



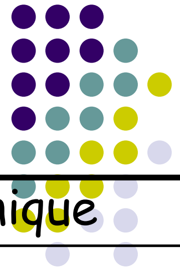
- ↑ de la perméabilité capillaire + fuite de liquide riche en protéines
- polyserites parfois.
- TRT: opothérapie ==) régression de l'ascite



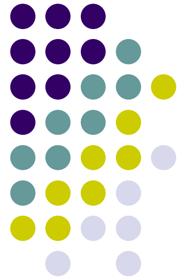
Ascite chyleuse:

- Épanchement péritonéal fait de liquide lymphatique
- Mécanisme: exsudation à partir des vaisseaux lymphatiques enteromesenteriques dilatés par une obstruction (lymphomes,cancers ovariens ,tuberculose) ou une hyperpression (cirrhose), ou une fistule après traumatisme des voies lymphatiques
- Clinique:
  - ✓OMI
  - ✓Lymphoedeme
  - ✓Chylothorax
- Liquide:
  - ✓Lactescent
  - ✓Lipides > 1g/l
  - ✓Lymphocyte > 70%
- TRT: diminuer la production de lymphe en ↓ l'apport de TG à chaîne longue.
  - ❖Suppression de toutes les graisses animales et végétales
  - ❖TG à chaîne moyenne: liprocil 30 -50 g/j

PRINCIPALES CAUSES D'ASCITE



maladie	clinique	protides	cellules	Para clinique
Cirrhose	▪HTP ▪ IH Cellulaire ▪HPMG ou atrophie du foie	< 20g/l	< 250m3	PBF
Ascite infectée	▪Douleurs ▪Fièvre ▪Encéphalopathie	variable	> 250/m3 PN	Bacterio
Blocs sus hépatiques	▪HPMG douloureuse	variable 20-40	< 250/m3	Echodoppler
Tuberculose	▪Contage ▪Imprégnation ▪IDR	> 30g/l	> 300/m3 70% lymph	▪Laparoscopie ▪Bx
Ascite tumorale	▪Amaigrissement ▪Tumeur abdominale	> 30g/l	> 300/m3 Cellule Tm	▪Laparoscopie + Bx ▪TDM
Ascite cardiaque	▪Hépatalgies ▪Insuffisance cardiaque droite	variable	<300	ECG – echocardio



CONCLUSION

- *Fréquente*
- *Impose enquête étiologique rigoureuse,qui repose d'abord sur l'anamnèse et l'examen physique et sur l'étude du liquide d'ascite*
- *Les causes les plus fréquentes sont la cirrhose et la carcinose péritonéale…Tuberculose peritoneale.*